

ORIGINAL

DETECCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL PUERPERIO Y DE FACTORES BIOPSIOSOCIOAMBIENTALES EN EL ABORDAJE DE LA SALUD INTEGRAL MATERNA

DETECTION OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN THE POSTPARTUM PERIOD AND OF BIOPSYCHOSOCIAL-ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE APPROACH TO COMPREHENSIVE MATERNAL HEALTH

Urgorri, M¹. Antonucci, V.¹ ; Diaz, M.D.V.¹; Godoy, N.¹; Picerno, L.¹; Sanchez Ferre, M.¹¹: Servicio de Salud Mental del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner.

Correspondencia: lic.macarenaurgorri@gmail.com

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio transversal, de tipo prospectivo, cuyo objetivo consistió en evaluar sintomatología depresiva en el posparto (Baby Blues) y la presencia de factores biopsicosocioambientales, en consonancia con los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) planteados por la ONU, en la Agenda 2030.

La muestra comprendió treinta (30) mujeres puérperas de entre 16 y 41 años, cuyos partos fueron asistidos en el HCANK durante los meses de julio y agosto de 2023.

A las dos semanas posteriores al parto, se les administró la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar la presencia de síntomas depresivos y una entrevista semiestructurada para detectar factores biopsicosocioambientales.

De la muestra total, el 36,67% (11 mujeres) presentaron sintomatología asociada a Baby Blues, tomando como puntaje de corte 9 puntos de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS).

La totalidad de las puérperas que presentaron sintomatología depresiva según la EPDS refirieron la presencia de uno o más factores socioambientales y/o problemas orgánicos asociados al embarazo; el 63,64% refirió experiencias traumáticas en la infancia, el 54,55% presentó antecedentes de salud mental y el 63,64% manifestó no haber recibido información sobre la maternidad ni haber participado de la Preparación Integral para la Maternidad (PIM).

ABSTRACT

This work is a prospective cross-sectional study aimed at evaluating depressive symptomatology in the postpartum period (Baby Blues) and the presence of biopsychosocial-environmental factors, in line with the Sustainable Development Goals (SDGs) set by the ONU in the 2030 Diary.

The sample comprised thirty (30) postpartum women aged between 16 and 41 years, whose deliveries were attended at the HCANK during July and August 2023.

Two weeks after childbirth, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was administered to evaluate the presence of depressive symptoms and a semi-structured interview was conducted to detect biopsychosocial-environmental factors.

Of the total sample, 36.67% (11 women) showed symptoms associated with Baby Blues, taking a cutoff score of 9 points on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

All the postpartum women who presented depressive symptoms according to the EPDS reported the presence of one or more socio-environmental factors and/or organic problems associated with pregnancy; 63.64% reported traumatic experiences in childhood, 54.55% had a history of mental health issues, and 63.64% stated that they had not received information about motherhood nor participated in Comprehensive Preparation for Motherhood (PIM).

PALABRAS CLAVES

Depresión posparto, Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, síntomas depresivos.

KEYWORDS

Post-partum depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), depressive symptoms.

Fuentes de financiamiento: La autora declara no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se encuentra enmarcado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) expuestos por la ONU como parte de la Agenda 2030; fundamentalmente en relación a:

Objetivo N°3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", específicamente en atención a la salud integral materna durante el embarazo, parto y puerperio y la de niños/as desde el nacimiento hasta los 5 años de vida.

Objetivo N° 5: "Lograr la igualdad de géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas", tomando como eje el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos; incluyendo la prevención y promoción de la salud mental, en conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de la Plataforma de Acción de Beijing.

Estudios demuestran que 8 de cada 10 personas gestantes sufrirán alguna perturbación psicológica durante el puerperio. Esto es debido a que las personas con capacidad de gestar, tanto en el embarazo como en el puerperio, atraviesan múltiples procesos y cambios psicológicos, sociales y hormonales, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar o padecer trastornos psíquicos.¹

La mayoría de los estudios a nivel mundial evidencian que el 10-15% de las personas con capacidad de gestar padecen *Depresión Posparto (DPP)*, llegando en algunos casos al 20%.^{2,3,4} La misma es considerada como el trastorno psicológico con mayor prevalencia asociado al nacimiento.

En Argentina, un estudio realizado a 45 mujeres en el posparto inmediato arrojó que un 48.9% presentaron síntomas depresivos de riesgo medio y un 26,7% de riesgo alto.⁵ Otra investigación concluyó que el 18.6% de las púerperas presentaban síntomas depresivos seis semanas después del parto.⁶

El 80% de las personas con capacidad de gestar pueden presentar síntomas en el posparto inmediato. Si los síntomas son leves y disminuyen en los primeros días, se lo considera un cuadro de *Baby Blues (tristeza posparto)*.⁴ Se denomina de este modo a la presencia de síntomas depresivos en el posparto, cuya aparición se da dentro de las primeras cuatro semanas. Sin embargo, existen expertos que consideran extender el plazo de aparición de síntomas hasta 6 semanas después del parto.⁶

El *Baby Blues* se caracteriza por ser un estado transitorio y no se considera patológico; es uno de los cuadros más frecuentes, con una prevalencia de padecerlo del 50 al 80%. No obstante, estudios demuestran que el 20% de los casos de *Baby Blues* podrían evolucionar hasta convertirse en *DPP*, por lo que se lo considera uno de los grandes factores de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno y uno de sus predictores.⁷⁻¹⁰

La *Depresión Posparto (DPP)* es definida por la Asociación Americana de Psiquiatría, como un episodio depresivo, no psicótico, que tiene comienzo dentro de las 4/6 semanas después del parto. Incluye síntomas como: sentimiento de tristeza, de culpabilidad, sentimiento de incapacidad, llanto, pérdida de esperanza, desgano, insomnio, dificultades para conciliar el sueño, dificultad para concentrarse y labilidad emocional.¹¹ Es un episodio depresivo similar a otros, pero se caracteriza por acontecer durante el posparto, pudiéndose extender hasta 12 meses después del nacimiento.

La *DPP* disminuye la interacción madre-hijo/a, lo cual impacta negativamente en el neurodesarrollo del bebé: "Los estudios fueron unánimes al citar la influencia determinante del contexto social y especialmente de la interacción entre madre y bebé en el desarrollo infantil, pues la falta de estímulos y afectos puede llevar a pérdidas en el desarrollo del vínculo madre-hijo, no proporcionando las bases necesarias para el desarrollo de los niños".¹²

Entre los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de la *DPP* se encuentran: antecedentes de depresión; experiencias traumáticas en la infancia; embarazo en la adolescencia; embarazo no deseado; bajo nivel educativo y económico; redes de apoyo insuficientes; ansiedad, depresión y estrés durante el embarazo; complicaciones orgánicas asociadas al embarazo, parto, cesárea y/o puerperio; situación de violencia de cualquier índole; mandatos de género asociados a la maternidad.¹³⁻¹⁵

Se consideran *factores protectores*: red de contención familiar/vincular y/o social fuerte; contar con información acerca del proceso de gestación -no sólo desde una mirada biologicista, sino también desde un abordaje psicosocial-; poseer amplios recursos cognitivos/emocionales de afrontamiento; establecimiento de la lactancia materna.^{13,16}

La bibliografía demuestra que un 20% del total de las mujeres que padecen *Baby Blues* desarrollará *DPP* con posterioridad, es decir, un 10% de todas las púerperas.^{7,8} Por ello, si se pudiera identificar a las personas gestantes con *Baby Blues* y se les hiciera un seguimiento en el transcurso de las 4/6 semanas después del parto, podrían detectarse precozmente un 50% de los casos de *DPP*.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir la presencia de sintomatología depresiva en el posparto (*Baby Blues*) e indagar acerca de factores biopsicosocioambientales en personas cuyos partos fueron asistidos en el HCANK durante julio y agosto de 2023.

Objetivos Específicos

- Detectar síntomas depresivos compatibles con *Baby Blues*, a las dos semanas después del parto.
- Describir la presencia de factores biopsicosocioambientales mencionados en la bibliografía en personas que presentan sintomatología asociada a *Baby Blues*.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal, prospectivo de tipo serie de casos. Tanto el protocolo de investigación como el consentimiento informado realizados fueron presentados y aprobados por el Comité de Ética de la investigación en Salud del HCANK (N°049-2023-EO). Se incluyeron en el estudio aquellas personas mayores de 16 años; puérperas que, al momento del parto, que se encuentren cursando un embarazo de más de 37 semanas de gestación; y que presentaran buen estado de salud física, al igual que su recién nacido/a; además, debían dar su consentimiento para participar mediante la firma del consentimiento informado. Fueron excluidas del estudio quienes presentaban partos de fetos muertos o recién nacidos/as fallecidos/as o internados/as en Neonatología; personas con diagnósticos actuales de salud mental (bajo tratamiento psicológico/psiquiátrico); personas que presentan un retraso madurativo (leve, moderado o severo); personas con patologías clínicas desestabilizadas cuya sintomatología sea compatible a la que se pretende estudiar; personas que no pudieran comprender el castellano; personas que no quisieran o no se encuentren en condiciones de dar su consentimiento para participar del estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo al momento de asistir a los controles de puerperio de rutina en este nosocomio, dos semanas después del nacimiento.

Se entrevistó a cada paciente de forma individual, por una profesional del Servicio de Salud Mental, responsable de la investigación. Se transmitió de forma clara y accesible, tanto de manera oral como escrita el estudio a realizar, explicando los objetivos de este, así como los instrumentos a administrar, manifestando que se trata de un trabajo de investigación al cual colaborarían con su participación. Una vez constatado que la paciente comprendió y manifestó su voluntad de participar, se le solicitó completar el consentimiento informado por escrito.

Para la obtención de datos primarios, se administró una entrevista semiestructurada que indaga aspectos biopsicosocioambientales, junto con la Escala de Edimburgo de Depresión Posnatal (EPDS)¹⁷ a los fines de evaluar sintomatología asociada a *Baby Blues*. La duración total aproximada fue de 20 minutos.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se describen como número absoluto de presentación y porcentaje del total. Las variables numéricas se presentan con medida de tendencia central y dispersión o posición según la distribución observada.

Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizará el software IBM SPSS Windows, versión 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)

Instrumentos de evaluación utilizados

La Escala de Edimburgo Depresión Posnatal (EPDS), fue creada por Cox y colegas en los centros de salud de Livingston y Edimburgo, para asistir a los profesionales de la atención primaria de la salud en la detección de personas puérperas con sintomatología depresiva. Consta de diez ítems de autorreporte, cada uno de los cuales se puntúa del 0 al 3, de acuerdo con el nivel de severidad. El rango de puntuación obtenida se comprende entre 0 y 30.

Es una de las escalas más utilizadas en el ámbito de la salud materno-infantil. Ha demostrado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria, y se ha demostrado su eficacia tanto en la clínica como en la investigación, habiendo sido traducida a múltiples idiomas y probada en poblaciones de distintos países. Fue validada en español de acuerdo con los criterios del DSM-IV por García y colaboradores como instrumento de detección de depresión puerperal y se mostró adecuada como instrumento de detección del episodio depresivo mayor (EDM) en adultos de la población general.^{18,19}

Los elementos de la EPDS solicitan a las personas que califiquen cómo se han sentido en los siete días anteriores. Los ítems incluyen: capacidad de reír; anhedonia; culpabilidad; ansiedad; ataques de pánico; angustia; trastornos del sueño; tristeza; llanto e ideas suicidas. La EPDS resta importancia a los síntomas somáticos, como los cambios en el sueño y el apetito, junto con la pérdida de energía.²⁰

La EPDS se utiliza como método de screening para detectar sintomatología depresiva, pudiendo identificarse síntomas compatibles con *DPP* que de otro modo no serían detectables. Sin embargo, requiere ser complementada con una valoración clínica para confirmar el diagnóstico.

Investigaciones concluyeron que considerar 12 puntos como puntaje de corte, tiene una sensibilidad del 78% y una especificidad del 86%. Tomando un puntaje de corte de 9, puede utilizarse como método de screening, teniendo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 76%.²¹ Otros estudios indican una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo de 63% situando el punto de corte en 11 puntos.²²

Para el presente estudio se decidió utilizar un puntaje de corte de 9 puntos de la EPDS.

Para evaluar la dimensión biopsicosocioambiental, se utilizó como modelo la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), la misma indaga acerca del grupo familiar, las características de la pareja -en caso de que hubiera-, la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante el nacimiento, los problemas en embarazos y partos anteriores y sucesos significativos que la madre menciona al momento de la entrevista percibidos por ella como preocupantes.^{23,24}

A los fines de ampliar la valoración integral de las pacientes, se realizó una adaptación de la EPP en la cual se incluyeron los siguientes ítems: Información recibida sobre preparación integral para la maternidad (PIM) y Antecedentes personales de salud mental. A su vez, se excluyeron los ítems que contemplaban patologías y/o muerte perinatal.

RESULTADOS

Durante el período de julio a agosto de 2023 se incluyeron un total de treinta pacientes púerperas. En la evaluación a las dos semanas del parto el 36,67% de ellas presentaron síntomas depresivos (Baby Blues), considerando como significativo un valor de la EPDS ≥ 9 . La edad de las evaluadas abarcó entre 16 y 41 años. En la Tabla 1 se presentan el resto de las características de la muestra incluida.

Tabla 1. Características generales de la serie	
Edad en años, x (DE)	28.6 (6.6)
Trabaja, n (%)	10 (34.5)
Situación de pareja	
Estable/conviviente, n (%)	25 (83.3)
Sola c/apoyo familiar, n (%)	2 (6.7)
Estable/No conviviente, n (%)	3 (10.0)
Cantidad hijos	
1, n (%)	12 (40.0)
2, n (%)	8 (26.7)
3, n (%)	8 (26.7)
4, n (%)	2 (6.7)
Embarazo no planificado, n (%)	11 (36.7)
Parto	
Normal, n (%)	11 (36.7)
Cesárea, n (%)	19 (63.3)
Lactancia	
Pecho, n (%)	18 (62.1)
Mamadera, n (%)	1 (3.4)
Mixta, n (%)	10 (34.5)
EDPS mayor o igual a 9, n (%)	11 (36.7)
<i>x (DE): media (desvío estándar); n (%): recuento (porcentaje); EDPS: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo</i>	

En la tabla 2 se detallan los factores psicológicos presentes en cada paciente que alcanzó o superó los 9 puntos en la EPDS. Se destacan la presencia de angustia y ansiedad (54,55%); temor por la salud del bebé y la propia (63,64%) y patologías orgánicas asociadas al embarazo (63,64%).

La tabla 3 describe detalladamente los factores socioambientales en cada una de las púerperas con sintomatología para Baby Blues (EDPS ≥ 9), se destaca el 63,64% que refirió haber tenido experiencias traumáticas en la infancia; el 54,5% presentó antecedentes de violencia por motivos de género; el 45,45% mani-

festó haber atravesado una mudanza en el período perinatal; el 27,27% refirió haber sufrido la muerte de familiares en el período perinatal.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Total	%
Embarazo como suceso significativo		X	X		X						X	4	36,3%
Patologías orgánicas asociadas al embarazo		X		X		X		X	X	X	X	7	63,6%
Temor por la salud del bebé y la propia	X	X		X			X	X	X	X		7	63,6%
Angustia y ansiedad		X	X			X		X	X		X	6	54,5%
Temor al parto		X							X			2	18,1%
Parto/Cesárea como suceso significativo		X			X							2	18,1%
Presentimiento de parto prematuro/ patológico								X			X	2	18,1%

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Total	%
Experiencias traumáticas en la infancia	X	X	X	X	X					X	X	7	63,6%
Mudanza	X	X			X	X		X				5	45,4%
Violencia barrial	X							X				2	18,1%
Accidentes	X				X							2	18,1%
Muerte de flia.		X	X					X				3	27,2%
Dificultades en la lactancia			X									1	9,0%
Antecedentes violencia por mot. de género		X	X	X	X		X				X	6	54,5%
Separación en el embarazo					X	X						2	18,1%
Desocupación/ Prob. económ.					X							1	9,0%
Violencia familiar								X				1	9,0%
Problemas familiares								X				1	9,0%
Aborto/s				X		X						2	18,1%
Red afectiva débil				X					X			2	18,1%
Preocupación por otros hijos				X						X		2	18,1%

En el grupo de puérperas que presentaron síntomas de Baby Blues, cinco (45,45%) refirieron antecedentes personales de salud mental, de los cuales dos correspondieron a cuadros de ansiedad, dos a estados depresivos y uno a consumo problemático de sustancias. Por último, el 63,64% de las puérperas con EDPS significativo manifestó no haber recibido información relacionada a la maternidad ni haber participado de la Preparación Integral para la Maternidad (PIM)

DISCUSIÓN

En el presente estudio, del total de las puérperas evaluadas, un 36,67% presentó síntomas depresivos al momento de la entrevista. Los mismos tuvieron aparición durante los primeros días posteriores al parto, fenómeno conocido como *Baby Blues*. Estos síntomas suelen ser de baja intensidad y se espera que remitan espontáneamente en el corto plazo, siendo propios de un período adaptativo del puerperio. Sin embargo, un 20% de las personas que presentan síntomas compatibles con *Baby Blues* desarrollan *DPP* con posterioridad, considerándose un factor de relevancia clínica. Distintas investigaciones muestran una prevalencia de la depresión en el posparto que oscila entre el 10 y 20%. Asimismo, señalan que el 80% de las personas con capacidad de gestar pueden presentar síntomas depresivos en el posparto inmediato (*Baby Blues*).^{7,8} La *DPP* es considerada un trastorno multifactorial en el cual intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este sentido, diferentes investigaciones previas señalan posibles factores de riesgo para el desarrollo de dicho cuadro. Tomando ello como referencia, se valoró la presencia de aspectos vitales de relevancia a través de una entrevista semiestructurada.^{5, 14, 15, 21, 25, 26.}

El 45,45% de las puérperas con síntomas depresivos refirieron antecedentes personales de salud mental, principalmente ansiedad y depresión. Ello concuerda con la bibliografía de referencia, según la cual, presentar antecedentes de salud mental constituiría un factor de riesgo para la *DPP*, en especial, antecedentes personales o familiares de depresión. Considera, además, que las personas que experimentan sentimientos de tristeza en el último trimestre del embarazo presentan un mayor riesgo de desarrollar depresión.²⁵

Otras investigaciones destacan las vivencias traumáticas y los conflictos interpersonales con personas significativas como factores de riesgo para el desarrollo de la *DPP*.²⁶

En consonancia con lo expuesto en la literatura internacional, la totalidad de las puérperas que presentaron síntomas depresivos en la EPDS, refirieron factores socioambientales actuales o como antecedentes, tales como experiencias traumáticas en la infancia, antecedentes de violencia por motivos de género,

haber atravesado una mudanza en el período perinatal, haber sufrido la muerte de familiares en dicho período; y refirieron problemas asociados al embarazo, tanto médicos como psicológicos, entre los que se destacan: angustia y ansiedad, temor por la salud del bebé y la propia, y patologías orgánicas asociadas al embarazo, considerar el embarazo y/o el parto/cesárea como suceso significativo, presentar temor al parto y sentimiento de parto prematuro o patológico.

Por otra parte, las investigaciones refieren que proporcionar apoyo a la gestante por parte del equipo de salud reduce en hasta un 23% la posibilidad de desarrollo de depresión.²⁵

Con relación a ello, se observó en la presente investigación que el 63,64% de las puérperas que tuvieron síntomas depresivos en la EPDS, refirió no haber recibido ningún tipo de información sobre la maternidad ni haber participado del PIM (Preparación integral para la maternidad).

La bibliografía refiere el establecimiento de la lactancia materna y contar con una red afectiva fuerte como posibles factores protectores tendientes a evitar el desarrollo de *DPP*. En este sentido, de la totalidad de las evaluadas con síntomas depresivos, el 9,09% manifestó dificultades en la lactancia; es decir que, las restantes lograron su efectivo establecimiento. Asimismo, el 81,82% refirió tener una red afectiva fuerte.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio se encuentran en línea con investigaciones anteriores que evidencian la presencia de síntomas asociados a *Baby Blues* en más del 30% de las puérperas. En este sentido, resulta un factor de consideración clínica.

Se pudo corroborar la presencia de factores biopsicosocioambientales de relevancia, algunos de ellos ya presentes desde el embarazo. Estos resultados indican la importancia de generar acciones desde los equipos de salud tendientes al fortalecimiento de los posibles factores protectores y la detección e intervención temprana y preventiva sobre los posibles factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos Rial B., García-Noblejas Sánchez-Migallón J., Sánchez Cubas S. Depresión posparto. En: Ríos Rial B., editor. Trastornos depresivos en la mujer. Edicomplet SA; Depresión en patologías orgánicas. Madrid: 1999
2. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. J Am Med Womens Assoc (1972). 2004 Summer;59(3):181-91. PMID: 15354371.

3. Dois CA. Actualizaciones sobre la depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38 (4).
4. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje [An update on postpartum depression]. *Rev Med Chil*. 2015 Jul;143(7):887-94. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872015000700010. PMID: 26361026.
5. Paolini, C. I., Oiberman, A. J., & Balzano, S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2012; 12, 65-73
6. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013 Nov 21;5:787-93. doi: 10.2147/IJWH.S51436. PMID: 24294009; PMCID: PMC3839840.
7. García Vega M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. *Ene*. 2011;8:42.
8. Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). *J Appl Clin Med Phys*. 2009;6(2):17-22.
9. Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry*. 1973;122:431-433.
10. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002. Epub 2013 Oct 7. PMID: 24140480; PMCID: PMC7077785.
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.) (DSM-IV). Washington DC: Asociación Americana de Psiquiatría; 1994.
12. Mayer L. Depresión posparto (DPP) y consecuencias en el neurodesarrollo del niño: una revisión sistemática. 2021.
13. Oiberman A. Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Ed. Lugar; 2013.
14. Paolini CI. Factores psicosociales asociados a la presencia de síntomas depresivos en el postparto inmediato.
15. Dutan EVH, Alvarez MGC, Pacheco AVG. Factores de riesgo relacionados con la depresión posparto. *Vive Revista de Salud*. 2022;5(15):679-687.
16. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(4):0-0.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-786.
18. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003 Jun;75(1):71-6. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00020-4. PMID: 12781353
19. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa AP, da Silva DM, Abitante MS, Dall'Agnol TA, Santos IS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014 Oct 8;14:284.
20. Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, García PJ, Sánchez E, Barrios YV, Simon GE, Henderson DC, Cripe SM, Williams MA. Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *J Affect Disord*. 2014 Jun;162:1-7. doi: 10.1016/j.jad.2014.03.028. Epub 2014 Mar 26. PMID: 24766996; PMCID: PMC4040145.
21. Paolini CI. Factores psicosociales asociados a la presencia de síntomas depresivos en el posparto inmediato. 2009.
22. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):3-12.
23. Oiberman A, Fiszlelew R, Galíndez E, Mercado A. Un modelo de entrevista psicológica en situaciones críticas del nacimiento. *Revista Interdisciplinaria*. 1998;15(1).
24. Oiberman AJ, Galíndez E. Psicología perinatal: Aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el posparto inmediato. 2005.
25. Arrais ADR, Araujo TCCFD, Schiavo RDA. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018;38:711-729.
26. Gelaye B, Rondón MB, Araya R, Williams MA. Epidemiología de la depresión materna, factores de riesgo y resultados infantiles en países de ingresos bajos y medios. *Lancet Psiquiatría*. 2016;3(10):973-982.

Citar este artículo como: Urgorri D.P.P. Detección de sintomatología depresiva en el puerperio y de factores biopsicosocioambientales en el abordaje de la salud integral materna . PubHCANK. 2024; 2 (1): p29 - 34